



คำร้องขอรับสวัสดิการเพื่อการเข้ารับรักษาพยาบาล

สภรณออมทรพยากรมิวิชากรเกษตร จำกัถ

สมาชิก สมาชิกสมทบ

วันที่.....

เรื่อง คำร้องขอรับสวัสดิการเพื่อการเข้ารับรักษาพยาบาล

เรียน ผู้จัดการสภรณออมทรพยากรมิวิชากรเกษตร จำกัถ

ข้าพเจ้า.....เลขที่สมาชิก.....อายุ.....ปี
สังกัด.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี (เกิน 1 ปี จึงขอรับสวัสดิการได้)
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการเข้ารับรักษาพยาบาล โดยขอแนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

สมาชิกเข้ารับรักษาที่/วันที่

- เป็นคนไข้ใน ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....
 รักษาที่โรงพยาบาล.....สาเหตุของการป่วย.....

หลักฐานประกอบการพิจารณา

- ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบัน ชั้น 1 “ระบุนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล”
 สำเนาบัตรประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเอกสารที่ขอรับสวัสดิการฯ ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากเป็นเท็จ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น และยินดีที่จะให้สภรณดำเนินคดีตามกฎหมาย

วิธีรับเงิน (โปรดแนบสำเนานำสมุดบัญชีธนาคาร/บัญชีสภรณ)

- โอนเข้าบัญชีสภรณฯ เลขที่.....
 โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....
บัญชีเลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้จัดการสภรณออมทรพยากรมิวิชากรเกษตร จำกัถ

นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน
มีสิทธิ์ได้รับสวัสดิการ เป็นเงิน.....บาท ครั้งที่.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....คัณ
เป็นเงิน.....บาท ในปี.....ได้รับเงินมาแล้ว เมื่อวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท ในครั้งนี้มีสิทธิ์
ได้รับเงิน จำนวน.....บาท

| ผู้ดำเนินการ | ผู้ตรวจสอบ | ผู้อนุมัติ | ผู้จ่ายเงิน | ผู้ลงบัญชี |
|--------------|------------|------------|-------------|------------|
| | | | | |

(เจ้าหน้าที่สมาชิกสัมพันธ์)

(หัวหน้าฝ่าย)

(ผู้จัดการ)

(ฝ่ายการเงิน)

(ฝ่ายบัญชี)